

Formularios del Paciente

Información Básica

Nombre Completo

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Sufijo

Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Desconocido

Fecha de Nacimiento / /

Teléfono Principal ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo

Número de Teléfono

Correo Electrónico

Número de Seguro Social

Dirección Línea 1

Dirección Línea 2

Ciudad

Estado Código Postal

Estado Civil

Apellido de Soltera

Estado de la Licencia de Conducir

Número de Licencia de Conducir

Datos Demográficos

Orientación Sexual

Identidad de Género

¿Hispano o Latino? ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no especificar

Etnicidad

Raza

Idioma

Contacto de Emergencia

Relación con el Contacto

Nombre Completo

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Teléfono Principal ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo

Número de Teléfono

Correo Electrónico

Dirección Línea 1

Dirección Línea 2

Ciudad

Estado Código Postal

Información Financiera

Parte Responsable

¿Quién será financieramente responsable de usted? ☐ Yo mismo(a) ☐ Otra persona

Si eligió "Otra persona", complete lo siguiente:

Relación con el Contacto

Nombre Completo

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Teléfono Principal ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo

Número de Teléfono

Método de Pago

¿Cuál será su método de pago? ☐ Seguro ☐ Pago Directo (Self-Pay)

Si eligió "Seguro", complete lo siguiente:

PÓLIZA DE SEGURO PRIMARIA

Compañía de Seguros

Número de Póliza

Plan de Seguro

Número de Teléfono del Seguro

Número de Grupo

Dirección de la Compañía de Seguros

Dirección Línea 2

Ciudad

Estado Código Postal

Relación con el Titular de la Póliza Primaria

Si usted no es el titular de la póliza primaria, complete lo siguiente:

Nombre Completo

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Desconocido

Fecha de Nacimiento / /

Número de Identificación de la Póliza

Número de Seguro Social

Dirección del Titular de la Póliza

Dirección Línea 2

Ciudad

Estado Código Postal

Holladay Dermatology & Aesthetics
1775 E 4500 S Salt Lake City UT 84117

Si no puede proporcionar su información del seguro, indique el motivo antes de continuar.

PÓLIZA DE SEGURO SECUNDARIA

Si no tiene una póliza de seguro secundaria, puede dejar esto en blanco.

Compañía de Seguros	Número de Póliza
Plan de Seguro	Número de Teléfono del Seguro
Número de Grupo	
Dirección de la Compañía de Seguros	Dirección Línea 2
Ciudad	Estado Código Postal
Relación con el Titular de la Póliza Secundaria	

Si usted no es el titular de la póliza secundaria, complete lo siguiente:

Nombre Completo

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Desconocido	Fecha de Nacimiento / /	
Número de Identificación del Seguro	Número de Seguro Social	
Dirección del Titular de la Póliza	Dirección Línea 2	
Ciudad	Estado	Código Postal

Información Adicional

Por favor, indique sus farmacias preferidas en orden de preferencia

Nombre de la Farmacia	Dirección de la Farmacia

¿Cómo se enteró de nosotros?

Holladay Dermatology & Aesthetics
1775 E 4500 S Salt Lake City UT 84117

Medicamentos y Alergias

Alergias:

Medicamentos:

Historial Médico Pasado

Marque todo lo que corresponda:

Cabeza

- ☐ Trauma

Ojos

- ☐ Ceguera
☐ Cataratas
☐ Glaucoma
☐ Usa lentes/lentes de contacto

Oídos

- ☐ Audífonos

Nariz/Senos Paranasales

- ☐ Rinitis alérgica
☐ Infecciones de los senos paranasales

Boca/Garganta/Dientes

- ☐ Dentadura postiza

Cardiovascular

- ☐ Aneurisma
☐ Angina
☐ Trombosis venosa profunda (TVP)
☐ Disritmia
☐ Hipertensión (HTN)
☐ Soplo cardíaco
☐ Infarto de miocardio
☐ Otra enfermedad cardíaca

Gastrointestinal

- ☐ Cirrosis
☐ Reflujo gastroesofágico (ERGE)
☐ Enfermedad de la vesícula biliar
☐ Acidez estomacal
☐ Hemorroides
☐ Hepatitis
☐ Hernia hiatal
☐ Ictericia
☐ Úlcera

Hematología/Oncología

- ☐ Anemia
☐ Cáncer

Enfermedades Infecciosas

Respiratorio

- ☐ Asma
☐ Bronquitis
☐ EPOC – Bronquitis/Enfisema
☐ Pleuritis
☐ Neumonía

Endocrino

- ☐ Bocio
☐ Hiperlipidemia
☐ Hipotiroidismo
☐ Enfermedad de la tiroides
☐ Tiroiditis
☐ Diabetes tipo I
☐ Diabetes tipo II

Piel

- ☐ Dermatitis
☐ Lunar(es)
☐ Otra(s) condición(es) de la piel
☐ Psoriasis

Musculoesquelético

- ☐ Artritis
☐ Gota
☐ Lesión musculoesquelética

Neurológico

- ☐ Epilepsia
☐ Convulsiones
☐ Dolores de cabeza severos, migrañas
☐ Derrame cerebral (ACV)
☐ Ataque isquémico transitorio (AIT)

Psiquiátrico

- ☐ Trastorno bipolar
☐ Depresión
☐ Alucinaciones, delirios
☐ Ideación suicida
☐ Intentos de suicidio

Genitourinario

- ☐ Hernia
☐ Incontinencia

- | | |
|---|---|
| ☐ VIH | ☐ Nefrolitiasis (cálculos renales) |
| ☐ Enfermedades de transmisión sexual (ETS) | ☐ Otra enfermedad renal |
| ☐ Tuberculosis (enfermedad) | ☐ Enfermedades de transmisión sexual (ETS) |
| ☐ Tuberculosis (exposición) | ☐ Infección(es) urinaria(s) |

Otros comentarios:

Historial Social

Marque todo lo que corresponda:

Tabaco

- ☐ Fumador actual, todos los días
- ☐ Fumador actual, algunos días
- ☐ Ex fumador
- ☐ Fumador empedernido
- ☐ Fumador ligero
- ☐ Nunca ha fumado
- ☐ Fumador, estado actual desconocido
- ☐ Se desconoce si alguna vez fumó

Alcohol

- ☐ No bebe
- ☐ Bebe diario
- ☐ Bebe frecuentemente
- ☐ Historial de alcoholismo
- ☐ Bebe ocasionalmente

Abuso de Drogas

- ☐ Uso de drogas intravenosas (UDIV)
- ☐ Uso de drogas ilícitas
- ☐ No usa drogas ilícitas

- ☐ Viajó dentro o fuera del país en los últimos 6 meses.

Otros comentarios:

Cardiovascular

- ☐ Come comidas saludables
- ☐ Hace ejercicio regularmente
- ☐ Toma aspirina diariamente

Seguridad

- ☐ Detector de humo en el hogar
- ☐ Mantiene armas de fuego en el hogar
- ☐ Usa cinturón de seguridad

Actividad Sexual

- ☐ Exposición a infecciones de transmisión sexual (ITS)
- ☐ No sexualmente activo
- ☐ Prácticas de sexo seguro
- ☐ Sexualmente activo

Sexo de Nacimiento

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Indiferenciado

2026 (NUEVO) TÉRMINOS DE HOLLADAY DERMATOLOGY & AESTHETICS

Por favor, indique la(s) persona(s) con quien(es) estamos autorizados a comunicarnos sobre su cuenta. Incluya su número de teléfono. Si no autoriza a nadie, escriba N/A. *

Pacientes Asegurados y No Asegurados — Términos de Holladay Dermatology & Aesthetics:

El Dr. Robert B. Topham y cualquier proveedor médico que trabaje para el Dr. Robert B. Topham son proveedores contratados con la mayoría de las compañías de seguros. Es mi responsabilidad saber si estoy viendo a un proveedor dentro de la red. Si mi seguro tiene un panel cerrado de médicos, mis beneficios pueden variar, incluyendo deducibles, coseguros y copagos fuera de la red.

Holladay Dermatology presentará reclamos al seguro para el pago de la(s) factura(s) como cortesía al paciente, pero el paciente/garante es en última instancia responsable del pago y acepta pagar la(s) cuenta(s).

Es mi responsabilidad pagar todos los gastos médicos no cubiertos por mi compañía de seguros. Los pagos vencen al momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos. El paciente o la parte responsable será responsable de todos los cargos financieros, cargos por pago atrasado e intereses de hasta el 18% anual, independientemente de si mi compañía de seguros retrasa el pago.

Permiso para comunicarse por teléfono celular: Para que Holladay Dermatology, o cualquier otra persona o entidad que me proporcione bienes/servicios en relación con este acuerdo, pueda comunicarse conmigo respecto al servicio de mi(s) cuenta(s), incluyendo todas las cuentas pasadas/actuales, o para cobrar cualquier cantidad que pueda deber por cualquier cuenta pasada o actual, autorizo expresamente a Holladay Dermatology a comunicarse conmigo por teléfono a cualquier número telefónico, incluyendo cualquier número de teléfono celular/móvil/inalámbrico que tenga o pueda obtener. Reconozco que dichas llamadas podrían generarme cargos por parte de mi compañía telefónica. También autorizo expresamente a Holladay Dermatology, y a cualquier otra persona o entidad que me proporcione bienes o servicios en relación con este acuerdo, a comunicarse conmigo mediante mensajes de texto o correos electrónicos a cualquiera de mis números telefónicos o cuentas de correo electrónico. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el uso de un sistema de marcación telefónica automática. Reconozco y acepto que esta autorización se extiende a cualquier compañía de facturación/cobranza a la que se le pueda asignar el cobro de mi(s) cuenta(s).

Autorizo la divulgación de información a mi compañía de seguros y autorizo que los beneficios del seguro se paguen directamente al proveedor que realiza los servicios en mi nombre.

Pacientes no asegurados: Todos los costos de atención médica deben pagarse al momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos antes de la cita. Se agregará un cargo de facturación de \$10 a cualquier monto no pagado en la fecha del servicio.

Si mi cuenta de paciente entra en mora, Holladay Dermatology tiene el derecho de recurrir a una agencia de cobranza. Si esto ocurre, soy responsable de todos los cargos involucrados, incluyendo, entre otros, un cargo de cobranza de hasta el 40%, honorarios de abogados, costos judiciales y otros cargos relacionados con el proceso de cobranza.

Política de Consulta:

La primera consulta cosmética es gratuita. Las siguientes consultas pueden estar sujetas a un cargo de consulta.

Política de No Reembolso:

Estamos comprometidos a brindar atención y servicios de alta calidad. Tenga en cuenta nuestra estricta política de no reembolso:

- Todos los tratamientos, depósitos, procedimientos y paquetes prepagados no son reembolsables.
- Los paquetes prepagados no son transferibles y deben utilizarse dentro de un (1) año a partir de la fecha original de compra.
- Las porciones no utilizadas de los paquetes prepagados no serán reembolsadas. Sin embargo, se pueden aplicar créditos hacia otros tratamientos o productos dentro de un año a partir de la fecha de compra.

Excepción para el Depósito de la Cita:

- Los depósitos de la cita (\$250) no son reembolsables y pueden aplicarse hacia cualquier tratamiento o servicio en nuestra clínica. En ciertas circunstancias, se puede emitir un reembolso a discreción del gerente de la oficina. Las solicitudes de reembolso deben realizarse dentro de los 30 días posteriores a la fecha original del depósito. Los reembolsos aprobados se

emitirán por el monto del depósito, menos un cargo por procesamiento no reembolsable. Los pacientes que soliciten un reembolso deben comunicarse directamente con el gerente de la oficina.

Al consentir el tratamiento en Holladay Dermatology, el paciente reconoce y acepta estos términos en su totalidad.

Política de Referencias:

Algunas pólizas de seguro requieren que el paciente obtenga una referencia y/o autorización previa de su médico de cabecera antes de consultar a un especialista. Es responsabilidad del paciente saber si se requiere dicha referencia y/o autorización previa. Si mi compañía de seguros requiere una referencia y/o autorización previa y no cuento con ella, seré responsable del pago total de mi factura al momento del servicio. Si necesito más de una visita para el tratamiento, o si la referencia ha vencido, debo comunicarme con mi médico de cabecera para obtener otra referencia y/o autorización previa. Al firmar a continuación, reconozco que entiendo esta política de referencias.

Revisión del Aviso de Privacidad / Consentimiento del Paciente:

Reconozco que el Aviso de Prácticas de Privacidad de Holladay Dermatology está disponible en nuestra clínica. Puedo solicitar una copia. Autorizo al Dr. Robert B. Topham y/o a cualquier persona que trabaje bajo su supervisión a proporcionar servicios de examen, diagnóstico y tratamiento para mí o para la persona bajo mi tutela legal.

Por favor firme su nombre a continuación *

Firma	Fecha
<i>Soy el padre/madre o tutor legal de este paciente</i>	

Firma	Fecha
<i>Soy el padre/madre o tutor legal de este paciente</i>	

Política de Cargo por Cancelación / Inasistencia:

Las cancelaciones deben realizarse con al menos 24 horas de anticipación, y reprogramar la misma cita varias veces puede resultar en la cancelación de la misma y requerir un depósito del pago total para poder reprogramarla. Si una cita se cancela dentro de la ventana de 24 horas, o si ocurre una inasistencia (No-Show), se cobrará el cargo aplicable de \$50 por Cancelación/Inasistencia a la tarjeta del paciente que tengamos registrada. Si no hay una tarjeta de crédito registrada, el cargo deberá pagarse antes de la próxima cita. Al firmar a continuación, autorizo a Holladay Dermatology & Aesthetics a cobrar a la tarjeta registrada cualquier cargo aplicable por cancelación o inasistencia.

Holladay Dermatology & Aesthetics
1775 E 4500 S Salt Lake City UT 84117-4257

Robert Topham, MD
Kathryn Klossner, P.A.-C

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PREVIO PARA BIOPSIA DE PIEL

Este formulario se le proporciona por adelantado para que, si su proveedor recomienda una biopsia de piel en esta o en cualquier visita futura, el papeleo ya esté completo. Firmar este formulario no significa que se haya decidido realizar una biopsia ni que definitivamente se vaya a realizar. Este consentimiento permanece vigente durante un (1) año a partir de la fecha en que lo firme a continuación y cubre cualquier biopsia recomendada durante ese período. En cada visita en la que se realice una biopsia, su proveedor de todos modos lo examinará, le explicará el procedimiento recomendado y su ubicación específica, y responderá sus preguntas antes de proceder.

Consentimiento para Afeitado/Biopsia/Escisión:

Justificación:

Una biopsia de piel le permite al proveedor médico del personal examinar una lesión o erupción bajo el microscopio y/o aplicar tinciones para obtener un diagnóstico. Por lo general, implica adormecer el área mediante una inyección de lidocaína con epinefrina en la piel, extraer quirúrgicamente una pequeña porción de piel mediante el método de afeitado (que no requiere suturas), biopsia por sacabocados o escisión y luego cerrar el área con algunas suturas. Las suturas generalmente deben retirarse en 1 a 2 semanas.

o Riesgos y Complicaciones Específicos de las Biopsias/Escisiones de Piel:

- Sangrado
- Infección
- Dolor
- Cambios de pigmentación/Cicatriz/Queloides (cicatriz gruesa)
- Extracción incompleta
- Recurrencia
- Daño nervioso/Adormecimiento
- Reacción alérgica a la anestesia

Cuidados Posteriores a la Biopsia:

1. Limpie suavemente, aplique vaselina y una curita a diario para obtener resultados óptimos durante al menos una semana.

Cuidados Postoperatorios Quirúrgicos:

1. Mantenga el área seca durante 24 horas.
2. Limpie suavemente, aplique vaselina y una curita a diario en el sitio quirúrgico.
3. El proveedor médico ha indicado que, con cualquier procedimiento, siempre existe la posibilidad de una complicación inesperada.
4. Reconozco que, dentro de 1 a 2 semanas, soy responsable de dar seguimiento a los resultados de patología, el cuidado de la herida, la extracción de suturas y cualquier terapia continua que se necesite después de realizada la biopsia.
5. Si, después de examinarme hoy, mi proveedor médico determina que una biopsia es médicamente apropiada, autorizo al proveedor a realizarme este procedimiento.

Pago Directo (Self-Pay): Reconozco que, como paciente de pago directo, se me cobrará un cargo adicional por parte de Holladay Dermatology para enviar la muestra de la biopsia a Labcorp para su evaluación. Tenga en cuenta que el costo final está sujeto a cambios si Labcorp requiere tinciones o pruebas adicionales para llegar a un diagnóstico preciso. Cualquier cargo adicional se reflejará en su factura final.

Firma del Paciente

Fecha